

Concerne le titulaire :

Nom :
Prénom :
NISS :

Demande de paiement par domiciliation européenne SEPA

Je soussigné(e):

(prénom et nom)

Ou collez une vignette

désire activer le mandat de domiciliation européenne dûment complété et signé joint à la présente pour le(s) contrat(s) souscrit(s) auprès de "Mutualité Libérale Hainaut - Namur" pour la(les) personne(s) suivante(s) :

Nom (1)	Prénom (1)	Date de naissance	N° National si connu

pour l'(les) assurance(s) offerte(s) par "Mutualité Libérale Hainaut - Namur" reprise(s) ci-après(**)

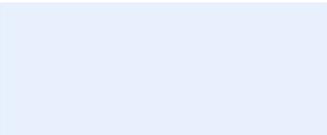
Oui Non

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | COTISATIONS EN AVANTAGES COMPLEMENTAIRES (Vos cotisations) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PRIME D'ASSURANCE HOSPITALISATION « HÔPITAL-PLUS » (si vous en avez souscrit une) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PRIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES « DENTA PLUS » (si vous en avez souscrit une) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ASSURANCE OBLIGATOIRE (uniquement si certains bons de cotisation sont manquants) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FONDS DE RESERVE (uniquement s'il est redevable – consultez www.ml.be pour plus d'infos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ASSURANCE DEPENDANCE (pour les personnes résidant en région flamande ou bruxelloise) |

(**) cochez la case adéquate (toutes les cotisations des assurances pour lesquelles aucune case n'est cochée seront automatiquement prélevées par domiciliation)

Date:	Signature:
Localité (1) :	

Veillez renvoyer ce document (ainsi que le mandat de la page suivante) dûment complété et signé à:
Mutualité Libérale Hainaut-Namur – Rue Anatole France 8-14 – 7100 LA LOUVIERE



(1) A remplir en lettre capitales

Liste des entités juridiques :

Mutualité Libérale Hainaut - Namur
agrée sous le n° de code OCM 409
Siège social : Rue Anatole France, 8 - 14
7100 La Louvière
N° d'entreprise : 0878.083.887

HOPITAL PLUS
Société Mutualiste d'Assurances
Agréée par l'OCM sous le N° de code 450/01 pour les branches 2 et 18
Siège social : Rue de Livourne, 25
1050 Bruxelles
N° d'entreprise : 0471.459.194

ZORGKAS
Société Mutualiste
Agréée par l'OCM sous le N° de code 480/02
Siège social : Rue de Livourne, 25
1050 Bruxelles
N° d'entreprise : 0851.913.386

EPARGNE PRENUPTIALE
Siège social : Rue de Livourne 25
1050 Bruxelles
N° d'entreprise : 0411 729 366

Concerne le titulaire :

Nom :

Prénom :

NISS :

Mandat de domiciliation européenne SEPA

N° de créancier: **BE96ZZZ0878083887**

N° d'entreprise: **878083887**

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez :

- (a) MUTUALITE LIBERALE HAINAUT NAMUR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- (b) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUALITE LIBERALE HAINAUT-NAMUR.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat.

Vous recevrez une pré-notification annuelle **14 jours** avant le premier prélèvement de l'année concernée.

Identification du mandat

Référence du mandat (*à compléter par le créancier*)

Identification du débiteur (*titulaire du compte IBAN*)

Tous les champs doivent être complétés

Nom et prénom du débiteur:

Rue

N°

Bte

Code postal

Commune ou ville

Pays si étranger:

Numéro du compte IBAN:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC (uniquement si compte à l'étranger):

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Date:

Signature:

Localité ⁽¹⁾ :

(1) A remplir en lettre capitales